Załącznik nr 1

TYTUŁ SZKOLENIA:

KATEGORIA: …

PODKATEGORIA: …

NUMER SZKOLENIA W SYSTEMIE: …

**PROGRAM SZKOLENIA**

**GRUPA DOCELOWA**:

**CEL GŁÓWNY**:

…

**CELE SZCZEGÓŁOWE**:

…

**METODY DYDAKTYCZNE**: …

**ŚRODKI DYDAKTYCZNE**: …

**LICZBA GODZIN DYDAKTYCZNYCH**: do 24

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat****(części szkolenia)** | **Metoda dydaktyczna** | **Czas****(godziny dydaktyczne)** | **Uwagi****(środki dydaktyczne)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

Załącznik nr 3

.....................................

Pieczęć Wykonawcy

**WYKAZ**

**potwierdzający spełnienie warunków udziału w zamówieniu, określonych w pkt 2 zapytania do składania ofert**

Imię i nazwisko wykładowcy:………………………….

**Doświadczenie wykładowcy w prowadzeniu szkolenia z zakresu „*Zarządzanie Zgodnością w Administracji Publicznej. Fokus: Compliance Antykorupcyjne i Tax Compliance*”:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł szkolenia | Odbiorca szkolenia | Termin szkolenia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

**Do każdej zrealizowanej usługi wymienionej powyżej należy załączyć dokument potwierdzający,
że usługa ta została zrealizowana należycie (np. referencje).**

…………………………… …………………………….………

(miejsce, data) (pieczęć imienna i podpis Wykonawcy)

Załącznik nr 4

**KWALIFIKACJE ZAWODOWE**

1. *Imię i nazwisko*

*.....................................................................................................................................................*

1. *Miejsce pracy i stanowisko*

*......................................................................................................................................................*

1. *Wykształcenie i tytuł naukowy*

*......................................................................................................................................................*

1. *Zakres tematyczny i rodzaj prowadzonych zajęć*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

1. *Doświadczenie zawodowe i przebieg pracy dydaktycznej*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

1. *Publikacje*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

*......................................................................................................................................................*

**Oświadczenie:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Skarb Państwa - Krajową Szkołę Skarbowości z siedzibą przy ulicy Okrzei 4, 03-710 Warszawa moich danych osobowych (imię i nazwisko, tytuł naukowy, adres zamieszkania, adres e-mail i nr telefonu oraz danych dla celów podatkowych i ZUS – w przypadku bezpośrednich rozliczeń) dla celów przeprowadzenia szkoleń nt. „Zarządzanie Zgodnością w Administracji Publicznej. Fokus: Compliance Antykorupcyjne i Tax Compliance” oraz imię i nazwisko w celu przekazania uczestnikom szkolenia w Arkuszu indywidualnej oceny szkolenia dla potrzeb dokonania oceny wykładowcy przez uczestników, w zbiorczych wynikach ankiety, harmonogramie i dzienniku zajęć zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018, poz. 1000) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), (Dz.U.UE.L.2016.119.1).

.......................................... ..............................................

 Data Czytelny podpis

Załącznik nr 5

.....................................

Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

 **o spełnieniu warunków udziału w zamówieniu na przeprowadzenie zajęć i przygotowanie materiałów dydaktycznych na szkolenie pt.: *„Zarządzanie Zgodnością w Administracji Publicznej. Fokus: Compliance Antykorupcyjne i Tax Compliance”***

Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki udziału w wyżej wymienionym zamówieniu określone w zapytaniu ofertowym.

Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem podatków i składek ZUS.

Oświadczam, że wypełniłem/łam obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

……………………………………….….

(miejsce, data)

…………………………………………

(pieczęć imienna i podpis Wykonawcy)